

COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM
MS 5202
P.O. BOX 997413
SACRAMENTO, CA 95899-7413
(916) 552-8015 Fax No.: (916) 552-8018



CMSP Letter No.: 04-13
Issue Date: December 7, 2004

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM
SPANISH VERSIONS OF FORMS 239B, 239P & INFORMATION
NOTICE 01

In ACL #04-12, dated November 12, 2004, you were sent the English versions of the forms referenced above. Enclosed with this letter are the Spanish versions of the forms for your use. Please use the enclosed camera-ready copies as masters to reproduce an adequate supply for your county's use.

If you have any questions regarding this letter, please contact Ms. Patricia Stewart at (916) 552-8047.

Sincerely,



Marylyn Willis, Chief
County Medical Services Program Unit

Enclosure

cc: Mr. Lee Kemper
Administrative Officer
CMSP Governing Board
1451 River Park Drive, Suite 222
Sacramento, CA 95815

**PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL
CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN/NEGACIÓN DE BENEFICIOS**



(County Stamp)

Nombre del caso: _____
 Número del caso: _____
 Distrito: _____
 Esto afecta: _____
(Nombres)

Su solicitud para beneficios del Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) ha sido aprobada. Su período de la certificación de CMSP comienza el primer día de (mes/año) _____ y termina el último día de (mes/año) _____. Usted será elegible como sigue:

Mes:	_____	_____ a _____
Ingreso brutos:	\$ _____	\$ _____
Ingresos netos no exentos:	\$ _____	\$ _____
200% FPL*:	\$ _____	\$ _____
Elegible para el mes:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Costo de mantenimiento:	\$ _____	\$ _____
Ingresos en exceso/parte del costo:	\$ _____	\$ _____

* Si esta información indica que usted no es elegible por un mes en particular, es porque su ingresos netos que no son exentos excedirían el Programa de 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL).

Para los meses que indican que usted es elegible, pronto recibirá su Tarjeta de Identificación de Beneficios de plástico (BIC). No tire esta tarjeta. Esta tarjeta es buena mientras usted es elegible para CMSP. Lleve esta tarjeta plástica a su farmacia, médico o otro proveedor de Medi-cal/CMSP cuando usted solicita servicios médicos. Su BIC le indicará a su proveedor si usted tiene un parte del coste que debe pagar. La cantidad que usted tiene que pagar o obliga a los proveedores médicos será computada automáticamente. Después de que se haya pagado el total o comprometido a pagar su parte del coste total, usted no tendrá que pagar por los servicios médicos recibidos ese mes de los proveedores del cuidado de salud.

Además del la tarjeta BIC de plástico descrita arriba, usted pronto recibirá una tarjeta de los beneficios de farmacia de MediImpact. Usted debe presentar esta tarjeta junto con la tarjeta BIC a su farmacia cuando obtenga medicaciones y otros servicios de la farmacia.

La elegibilidad para CMSP se limita a las personas entre 21 a los 64 años.

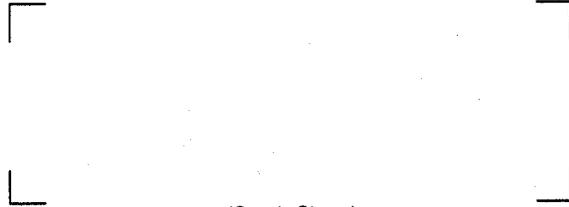
CMSP ahora limita el tiempo de su elegibilidad. Le discontinuarán automáticamente del CMSP al fin del mes indicado arriba. Si usted continúa necesitando la ayuda después de la fecha de la discontinuación, usted puede reaplicar empezando en el último mes de su elegibilidad. Por favor no reaplique antes.

Nombre del trabajador(a) de elegibilidad	Número de teléfono	Fecha
--	--------------------	-------

No tire su tarjeta de identificación de CMSP. Usted puede utilizarla otra vez si usted es elegible de nuevo para CMSP o Medi-Cal. La autoridad que requiere esta acción esta en la carta "CMSP All County Letter No. 04-07" o en las secciones apropiadas del Manual de la Elegibilidad de CMSP.

LEA POR FAVOR EL LADO INVERSO DE ESTA NOTA.

**PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL
CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN/NEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS
LIMITADOS A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE
EMERGENCIA**



(County Stamp)

Nombre del caso: _____
 Número del caso: _____
 Distrito: _____
 Esto afecta: _____
(Nombres)

Su solicitud para beneficios del Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) ha sido aprobada. Su período de la certificación de CMSP comienza el primer día de (mes/año) _____ y termina el último día de (mes/año) _____. Usted será elegible como sigue:

Mes:	_____	_____
Ingreso brutos:	\$ _____	\$ _____
Ingresos netos no exentos:	\$ _____	\$ _____
200% FPL*:	\$ _____	\$ _____
Elegible para el mes:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Costo de mantenimiento:	\$ _____	\$ _____
Ingresos en exceso/parte del costo:	\$ _____	\$ _____

* Si esta información indica que usted no es elegible por un mes en particular, es porque su ingresos netos que no son exentos excedirían el Programa de 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL).

Una condición médica de emergencia es una condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor severo, que si no se les da la atención médica inmediata podría esperarse razonablemente que resultará cualquiera de las siguientes condiciones: poner la salud del paciente en peligro serio, un impedimento serio de las funciones corporales o la disfunción seria a cualquier órgano o parte del cuerpo. Un doctor u otro proveedor médico apropiado tiene que certificar la emergencia (en conformidad con la Sección 51056 del Título 22 del Código de California de Regulaciones). El Departamento de Servicios de Salud puede revisar la decisión del proveedor en el sentido de que existió una emergencia y de que ciertos servicios de emergencia fueron requeridos.

Se negó su solicitud para beneficios completos de CMSP. En su lugar, le hemos otorgado la elegibilidad para recibir servicios de tratamiento médico de emergencia.

Tomamos esta acción porque usted es extranjero que (se aplica una de las siguientes razones):

- No tiene estado de inmigración satisfactorio de acuerdo con la información que se recibió del Servicio de Inmigración y de Naturalización (INS).
- No tiene pruebas que documenten su estado de inmigración satisfactorio de la inmigración para los propósitos de CMSP.
- Ha sido admitido(a) a los Estados Unidos como un(a) extranjero(a) no inmigrante durante un período limitado.

Para los meses que indican que usted es elegible, pronto recibirá su Tarjeta de Identificación de Beneficios de plástico (BIC). No tire esta tarjeta. Esta tarjeta es buena mientras que usted es elegible para CMSP. Lleve esta tarjeta plástica a su farmacia, médico o otro proveedor de Medi-Cal/CMSP cuando usted solicite servicios médicos. Su BIC le indicará a su proveedor si usted tiene una parte del coste que debe pagar. La cantidad que usted tiene que pagar o obliga a los proveedores médicos será computada automáticamente. Después de que se haya pagado el total o comprometido a pagar su parte del coste total, usted no tendrá que pagar por los servicios médicos recibidos ese mes de los proveedores del cuidado de salud.

Además de la tarjeta BIC de plástico descrita arriba, usted pronto recibirá una tarjeta de los beneficios de farmacia de Medi-Cal. Usted debe presentar esta tarjeta junto con la tarjeta BIC a su farmacia cuando obtenga medicaciones y otros servicios de la farmacia.

Nombre del trabajador(a) de elegibilidad	Número de teléfono	Fecha
--	--------------------	-------

No tire su tarjeta de identificación de CMSP. Usted puede utilizarla otra vez si usted es elegible de nuevo para CMSP o Medi-Cal. La autoridad que requiere esta acción esta en la carta "CMSP All County Letter No. 04-07" o en las secciones apropiadas del Manual de la Elegibilidad de CMSP.

LEA POR FAVOR EL LADO INVERSO DE ESTA NOTA.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO (CMSP)

POR FAVOR COMPRENDA QUE EL CMSP NO ES EL PROGRAMA DE MEDI-CAL.

Si es elegible para CMSP recibirá una tarjeta plástica de identificación de beneficios (BIC) del estado de California y una tarjeta de MediImpact (MI). Por favor lea el lado reverso de este aviso para las instrucciones para utilizar estas tarjetas. El tiempo que usted será elegible para recibir CMSP es limitado. Usted será notificado de este período limitado de la certificación.

EL MAL USO DE SU TARJETA DEL CMSP PUDIERA RESULTAR EN UNA REDUCCIÓN DE SUS BENEFICIOS, LA TERMINACIÓN DE SU ELEGIBILIDAD, Y/O EL ENJUICIAMIENTO POR UN DELITO MENOR (SECCIÓN 50733(d), DEL TÍTULO 22 DEL CCR).

LOS BENEFICIOS. Una vez que usted haya recibido su tarjeta, debe llevarla siempre con usted. **Sólo usted** puede usar su tarjeta para recibir atención médica como sigue:

- Cuidado intensivo a enfermos internados en un hospital (incluyendo su rehabilitación)
- Servicios de cuidado para la salud del adulto, durante el día
- Servicios de audiología
- Sangre y sus derivados
- Servicios de hemodiálisis crónica
- Servicios dentales
- Equipo médico durable
- Servicios de ambulancia aéreo o terrestre de emergencia
- Aparatos auditivos
- Agencia de servicios de salud en el hogar
- Servicios caseros de la agencia de salud
- Servicios de hospital para pacientes no internados en el hospital
- Servicios de laboratorio y de radiología
- Suministros médicos, cuando prescrito por un práctico licenciado si en su especialidad, o distribuidores de equipo médico durable y proveedores de protésicos y aparatos ortopédicos
- Transportación médica no de emergencia
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios de optometría (vea los beneficios excluidos abajo)
- Servicios de clínica para pacientes externos
- Servicios de desintoxicación de heroína para pacientes externos
- Servicios de farmacia proporcionados por la red de farmacéuticos certificados (pidale a su departamento del condado una lista de las farmacias de la red)
- Servicios de terapia física
- Servicios de médico
- Servicios de podiatría
- Aparatos protésicos y ortóticos
- Clínicas de rehabilitación
- Terapia del habla

BENEFICIOS EXCLUIDOS. CMSP *no incluye* los siguientes servicios:

- Aparato de ojos incluyendo montura, lentes, lentes de contacto, ayuda de la visión de la ley, y ojos protésicos
- Servicios relacionados con el embarazo (comuníquese con su oficina de elegibilidad del condado)
- Servicios en los establecimientos de cuidado a largo plazo (comuníquese con su oficina de elegibilidad del condado)
- Servicios de quiroprácticos, acupunturistas, psicólogos, trabajadores sociales clínicos licenciados o terapeutas de familia y matrimonio.

Si usted necesita o desea atención que no está cubierta por el CMSP, tiene que pagarla usted mismo o hacer otros arreglos con el proveedor. Verifique con el departamento de salud del condado por los recursos que pueden estar a su disposición en su condado.

Vea el reverso de este aviso para mas información importante adicional.

APLICACIÓN DE CMSP COMO PAGADOR SECUNDARIO. CMSP es el “proveedor de último recurso.” Si usted tiene cáncer del seno o cervical, está buscando servicios de planificación familiar, o tiene Hepatitis C, o esta infectado con el VIH o el SIDA, usted puede ser elegible para los servicios con otros programas del estado. Los otros programas del estado son:

1. Programa de la Ayuda de la Droga del SIDA de California (ADAP)—para información, llame (916) 445-0553.
2. Planificación familiar, acceso, cuidado, y programa del tratamiento (Family PACT)—para información, llame (800) 942-1054.
3. La compañía farmacéutica de la Hepatitis C Ayuda Paciente Programa (PAPs)—información está disponible en el internet en: www.helpingpatients.org/index.cfm. Su proveedor médico también le puede proporcionar información.

Usted debe utilizar estos programas antes de recibir servicios de CMSP. Si usted necesita prescripciones, su médico o farmacia necesitará proporcionar la documentación que usted no pudo obtener servicios de los programas antedichos. *Sin la prueba, las medicaciones relacionadas con las condiciones médicas cubiertas por los programas antedichos serán negadas.* La información sobre el proceso de la aprobación anterior se puede encontrar en www.cmspcounties.org.

USO DE SU TARJETA. Usted debe llevar siempre su tarjeta BIC y MI con usted. Sus proveedores utilizarán la tarjeta plástica de BIC para identificarle y para procesar su parte del coste, si lo hay. Además, su farmacia utilizará la tarjeta MI para mandar el cobro a CMSP para las prescripciones. En una emergencia, obtenga atención médica inmediatamente, aún si usted no tiene su tarjeta con usted. Sin embargo, recuerde decirle al proveedor que usted tiene la cobertura del CMSP y muéstrole su tarjeta tan pronto como le sea posible, después que usted haya recibido el cuidado médico.

AUTORIZACIONES PREVIAS. Es posible que haya algunos límites con relación a la cantidad del cuidado médico que usted puede recibir con sus tarjetas. Además, es posible que muchos de estos servicios requieren ser aprobados por los asesores del CMSP, antes de que se proporcionen. Su médico o otros proveedores deben de saber los límites y tienen que solicitar al Departamento de Servicios de la Salud del Estado, cualquier aprobación necesaria. (Nota: Las oficinas regionales de Medi-Cal aprueban los tratamientos solicitados para los servicios de CMSP, excepto las solicitudes para servicios dentales, las cuales son tramitadas por Denti-Cal y la petición del servicio de la farmacia es procesada por MI.)

COPAGOS. Es posible que se la pida pagar \$1 por medicinas recetadas, \$1 por visitas al consultorio, y \$5 por visitas a salas de emergencia que no son de emergencia.

PARTE DEL COSTO. Personas que reúnen los requisitos para recibir beneficios del CMSP tienen que pagar una parte del costo por obligación. Si usted tiene que pagar una parte del costo, tiene que pagar, o aceptar pagar, con parte de sus ingresos mensuales, sus gastos médicos, antes que CMSP pague por los beneficios cubiertos. Su trabajador(a) del condado le explicará cómo funciona esto.

PERÍODOS DE LA CERTIFICACIÓN. Dependiendo de qué categoría de la elegibilidad de CMSP usted es adentro, su tiempo en CMSP (los períodos de la certificación) será diferente. Certificarán a los clientes que son elegibles para los servicios de emergencia solamente por dos meses. Certificarán a los clientes con una parte del costo por tres meses y los clientes sin una parte del costo serán certificados por seis meses. Si usted tiene una necesidad de continuar servicios más allá de su período de la certificación, usted necesitará solicitar beneficios otra vez.

PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR. Recuerde: La persona o establecimiento que le proporcione el cuidado médico no tiene que aceptar la tarjeta BIC o MI. Averigüe si el proveedor acepta la tarjeta antes de someterse a tratamiento. Es responsabilidad suya darle las tarjetas al proveedor, en el momento en que recibe el cuidado médico. Los pagos del CMSP a su proveedor son considerados pagos completos por los servicios que usted recibe, aunque estos pagos puedan ser inferiores a los cargos que el proveedor generalmente y habitualmente cobra. Aparte de su posible parte del costo, usted no está obligado a pagar ninguna diferencia entre los cargos del proveedor y la tasa de pago del CMSP.

COBRO AL PROGRAMA. Sólo los proveedores de servicios de Medi-Cal o MI reúnen los requisitos para cobrarle al CMSP, tal como se indica en el manual del proveedor de Medi-Cal. Si su proveedor no acepta el CMSP y usted decide pagar los servicios, a fin de continuar viendo a ese proveedor, el CMSP no puede reembolsarle a usted el costo de esos servicios.

OTRA COBERTURA DE SALUD. Usted está obligado a notificar a su oficina de elegibilidad del condado si usted tiene otra cobertura de seguro para la salud. La información sobre otra cobertura de salud (OHC) será identificada en su tarjeta del CMSP, y los proveedores del servicio tienen que cobrarle al OHC antes de cobrarle al CMSP.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS. Usted está obligado a informar a su oficina de elegibilidad del condado cuando se le cobrará al CMSP por concepto de servicios de cuidado de la salud que recibió como resultado de un accidente o lesión causada por los actos de otra persona o por no actuar.

AUDIENCIA IMPARCIAL. Si usted no está de acuerdo con cualquier decisión en relación al cuidado médico que recibe bajo el CMSP, usted tiene el derecho a solicitar una audiencia al Departamento de Servicios Sociales. Usted debe de solicitar, ya sea una copia de la Solicitud para una Audiencia sobre Cuidado Médico, forma CMSP 1175, a su Trabajador(a) de Elegibilidad o llamar por teléfono a la Oficina de Preguntas y Respuestas para el Público al 1-800-952-5253. La forma CMSP 1175 completamente llenada debe ser enviada a la dirección indicada en la forma.